様式７

集合研修修了者名簿

都道府県：

集合研修の名称：

開催日 ： 西暦　　年　　月　　日

修了者の人数： 名

医師・歯科医師　合計　　名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **修了者番号** | **氏名** | **医籍登録****番号1）** | **職種** | **所属** | **所属科** | **同意の****可否２）** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

１）歯科医師の場合は、歯科医籍登録番号

２）氏名及び所属・所属科を公開することについての本人の同意の可否

医師・歯科医師以外の職種　合計　　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **修了者番号** | **氏名** | **所属** | **職種（国家資格等）** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |